

**PENGARUH TERAPI KEPERAWATAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN KELUARGA DENGAN PERMASALAHAN KESEHATAN
REPRODUKSI PADA REMAJA DI KELURAHAN RATUJAYA
KECAMATAN PANCORAN MAS KOTA DEPOK**

*Effect Of Family Nursing Therapy To Family Self Sufficiency Level With Adolescent
Reproductive Health Issues In Ratujaaya, Depok*

Tantut Susanto

Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Jl. Moch. Seruji 182 Jember 68111
e-mail: susanto_unej@yahoo.com

ABSTRAK

Remaja merupakan aset bangsa untuk terciptanya generasi mendatang yang baik. Perubahan alamiah dalam diri remaja sering berdampak pada permasalahan remaja yang cukup serius. Perilaku remaja saat ini sudah sangat mengkhawatirkan, hal ini ditandai dengan semakin meningkatnya kasus-kasus seperti aborsi, kehamilan tidak diinginkan (KTD), dan penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Penelitian bertujuan mengaplikasikan terapi keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dengan permasalahan kesehatan reproduksi remaja. Metode penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional*. *Sample* pada penelitian ini adalah 10 keluarga dengan tahap perkembangan remaja yang berisiko mengalami permasalahan kesehatan reproduksi di Kelurahan Ratujaaya Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok. Hasil penelitian tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi remaja dikaitkan dengan 5 tugas keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga. Lima keluarga dengan kemandirian tingkat III, empat keluarga dengan tingkat kemandirian II, dan satu keluarga dengan tingkat kemandirian I. Kesimpulan penelitian tehnik pemberian pendidikan kesehatan (KIE: komunikasi, informasi dan edukasi), *coaching* dan *conseling* dalam pengembangan dan ketrampilan hidup remaja (tanggung jawab, kepercayaan diri, dan penolakan ajakan pergaulan bebas secara asertif), dan pengembangan ketrampilan orang tua dalam berkomunikasi secara efektif dengan remaja. Saran perlu adanya program *peer group* dan *social support group* untuk remaja dalam menjalani pertumbuhan dan perkembangan terutama dalam masalah kesehatan reproduksi.

Kata kunci: remaja, terapi keluarga, kesehatan resproduksi

ABSTRACT

Adolescent represent nation asset for the creation of generation come good. Natural change in adolescent often affect at serious adolescent problems enough. Adolescent behavior in this time have very is feeling concerned about, this matter is marked with growing of case like abortion, pregnancy do not be wanted, and sexual transmitted diseases including HIV/AIDS. Objective therapy application treatment of family to family independence level with problems of health of adolescent reproduction. Method analytic descriptive with sectional cross device. Sample at this research are 10 family with adolescent growth phase which is natural at risk of problems of health reproduce in Sub-District of Ratujaaya District of Pancoran Mas Town Depok. Result family independence level in overcoming problems of health of related to adolescent reproduction 5 family duty in overcoming the problem of health of family. Five family with independent level III, four family with II independence level, and one family with independence level I. Conclusion technique of giving education of health (KIE: communications, information and education), counseling and coaching in development and is skilled of adolescent life (responsibility, trust of self, and deduction of free association invitation by asertif), and skilled development of old fellow in communicating effectively adolescently. Suggestion need the existence of group peer program and group support social to adolescent in experiencing growth and develop especially in problem of health of reproduction.

Keywords: adolescent, family therapy, health of reproduction

LATAR BELAKANG

Remaja merupakan aset bangsa untuk terciptanya generasi mendatang yang baik. Perubahan alamiah dalam diri remaja sering berdampak pada permasalahan remaja yang cukup serius. Menurut Dehne & Riedner (2005) masalah remaja sampai saat ini kurang mendapatkan perhatian secara baik dibandingkan dengan masalah anak, kesehatan keluarga dan wanita, serta kesejahteraan. Menurut Wibowo (2006) perilaku remaja saat ini sudah sangat mengkhawatirkan, hal ini ditandai dengan semakin meningkatnya kasus-kasus seperti aborsi, kehamilan tidak diinginkan (KTD), dan penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS.

Menurut WHO (2006) populasi remaja usia 10-19 tahun akan berjumlah 1,21 milyar dan akan terus meningkat mencapai 1,23 milyar pada tahun 2040. Menurut Sudardjat (2002) data profil kesehatan Indonesia tahun 2000 menunjukkan jumlah dan persentase penduduk Indonesia golongan usia 10-24 tahun (definisi WHO untuk *young people*) adalah 64 juta atau sekitar 31% dari total seluruh populasi. Remaja yang berusia 10-19 tahun (definisi WHO untuk *adolescence*) berjumlah 44 juta atau 21% dari total seluruh populasi. Data tersebut menunjukkan bahwa remaja menempati porsi yang cukup besar dalam susunan penduduk di Indonesia. Menurut Kamaruzzaman (2004) sekitar 60% kelahiran anak di kalangan remaja di dunia adalah kehamilan yang tak diharapkan. Satu di antara remaja usia 19 tahun tidak mempunyai akses untuk mendapat kontrasepsi. Remaja putri di negara berkembang yang terpaksa keluar dari sekolah sudah melakukan hubungan seks di bawah usia 20 tahun, menikah muda dan tidak pernah menggunakan kontrasepsi. Menurut WHO (2006) masalah kesehatan reproduksi remaja merupakan strategi global WHO untuk kesehatan reproduksi. Hal ini dikarenakan oleh rendahnya pengetahuan remaja tentang masalah kesehatan reproduksi

sehingga mendorong adanya perilaku seks bebas di kalangan remaja.

Menurut Sardyansyah (2003) banyak faktor yang menjadi penyebab perilaku seks bebas di kalangan remaja. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah kurangnya pengetahuan tentang seks, latar belakang lingkungan, kurang pengawasan, narkoba, dan sebagainya. Media massa merupakan salah satu penyebab paling utama yang disebut dalam penelitian tentang perilaku seks bebas kaum remaja di Indonesia. Pengaruh informasi global (paparan media audio-visual) yang semakin mudah diakses memancing anak dan remaja untuk mengadaptasi kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan obat, perkuliahan antar remaja atau tawuran (Iskandar, 1997). Kebiasaan-kebiasaan remaja tersebut akan mempercepat usia awal seksual aktif serta mengantarkan mereka pada kebiasaan berperilaku seksual yang berisiko tinggi. Hal ini dikarenakan kebanyakan remaja tidak memiliki pengetahuan yang akurat mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas serta tidak memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi. Lingkungan merupakan salah satu penyebab timbulnya pergeseran perilaku remaja saat ini. Globalisasi menyebabkan aksesibilitas remaja terhadap pornografi menjadi lebih mudah. Perkembangan teknologi komunikasi yang menyebar berbagai informasi dan hiburan budaya, kini semakin deras dan takkan mungkin bisa dibendung hanya dengan mengurung anak di rumah atau dengan menyediakan berbagai fasilitas canggih di rumah. Hampir semua remaja berada dalam situasi yang penuh godaan dengan semakin banyaknya hiburan di media massa. Dengan informasi yang terbatas dan perkembangan emosi yang masih labil, remaja menjadi lebih mempercayai sumber-sumber informasi yang tidak seharusnya dijadikan bahan rujukan seperti VCD porno, internet, dan media massa. Saat ini sarana-sarana konseling

kesehatan reproduksi masih terbatas dan peran orang tua dan masyarakat dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada anak dirasa masih kurang. Hal ini dikarenakan alasan budaya, tabu dan kekhawatiran kesehatan reproduksi yang diajarkan justru mendorong terjadinya hubungan seks pra-nikah. Keengganan orangtua dalam membicarakan masalah reproduksi menyebabkan remaja mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa. Tidak jarang, remaja mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sumber-sumber yang tidak bisa dipertanggungjawabkan karena ketiadaan layanan dan informasi bagi remaja serta kurangnya komunikasi antara anak remaja dan orang tua. Menurut Iskandar (1997) anak yang mendapatkan pendidikan seks dari orang tua atau sekolah cenderung berperilaku seks yang lebih baik daripada anak yang mendapatkannya dari orang lain. Di Indonesia kasus-kasus tersebut diperparah dengan kurang adanya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja terutama di tiap sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pendidikan seksual dan reproduksi berbasis sekolah.

Salah satu solusi yaitu dengan memberikan pendidikan dan pengetahuan kesehatan reproduksi yang benar perlu diberikan sejak dini agar remaja memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan reproduksi sehingga mereka mampu menjaga, memelihara, dan berperilaku positif serta bertanggung jawab berkenaan dengan masalah-masalah kesehatan reproduksinya. Dukungan sumber informasi yang benar ditambah peran serta yang dimulai dari lingkungan rumah tangga sangat diperlukan dalam pendidikan kesehatan reproduksi. Perhatian terhadap pendidikan dengan menyediakan akses cukup untuk

mendapat pendidikan, sosial, kesehatan akan dapat memfasilitasi kebutuhan kesehatan reproduksi remaja (Husni, 2005). Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian dan pengawasan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi. Kemudahan akses informasi, memungkinkan remaja Kota Depok untuk berperilaku bebas dan menyimpang. Pengaruh informasi global (paparan media audio-visual) yang semakin mudah diakses memancing anak dan remaja untuk mengadaptasi kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti merokok, minum minuman berakohol, penyalahgunaan obat, perkelahian antar-remaja atau tawuran. Pada akhirnya, secara kumulatif kebiasaan-kebiasaan tersebut akan mempercepat usia awal seksual aktif serta mengantarkan mereka pada kebiasaan berperilaku seksual yang berisiko tinggi, karena kebanyakan remaja tidak memiliki pengetahuan yang akurat mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas serta tidak memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi.

METODE

Desain penelitian ini adalah kuantitatif dengan rancangan deskriptif analitik. Metode yang digunakan adalah metode survey dengan pendekatan *cross sectional* yaitu mengamati variable yang diteliti di suatu populasi pada suatu saat.

Jumlah *sample* dalam penelitian ini adalah 10 keluarga dengan karakteristik: keluarga dengan tahap perkembangan remaja yang berisiko mengalami permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja di RW 03, RW 04, dan RW 09 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok. Penelitian dilakukan dari bulan September sampai dengan bulan Desember 2009.

Data dikumpulkan melalui suatu angket yang dikembangkan dari *community as partner model* dari Anderson dan Mc Farland (2004) dan *family center nursing* dari Marlyn

Friedman (2005). Data dianalisis secara univariat terhadap pencapaian kemandirian keluarga. Kemandirian keluarga dianalisis dari pencapaian lima tugas kesehatan keluarga, yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memelihara lingkungan, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Terapi keperawatan yang utama dilakukan pada 10 keluarga dengan anak remaja mengenai kesehatan reproduksi adalah melakukan konseling kepada remaja dan orang tua, terapi modifikasi perilaku dalam mendisiplinkan remaja, pengembangan ketrampilan hidup dengan pengembangan tanggung jawab dan peningkatan kepercayaan diri remaja, mengajarkan tehnik komunikasi yang efektif dengan remaja, dan mengajarkan tehnik nafas dalam (pernafasan diafragma) untuk mengurangi stres pada remaja dan orang tua akibat konflik yang terjadi diantara keduanya (orang tua dengan anak).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Prosentase Berdasarkan Usia Dan Tingkat Pengetahuan

Remaja di RW 03, RW 04 dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya terbanyak pada usia antara 17-19 tahun sebesar 58,7%. Pada usia ini remaja telah melewati masa pubertas dan pertumbuhan perkembangan kematangan organ reproduksi sehingga memerlukan pemantauan untuk menjaga status kesehatan reproduksi yang adekuat. Tingkat pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi di RW 03, RW 04, dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya yang kurang sebesar 6,3%. Pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi akan membantu remaja dalam melakukan suatu sikap dalam bertindak dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksinya.

Prosentase Berdasarkan Sumber Informasi

Sumber informasi remaja mengenai pubertas di RW 03, RW 04 dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya yang pertama dari guru sebesar 55,6% dan yang kedua dari teman sebesar 28,6% sedangkan yang paling disukai remaja juga dari teman sebesar 38,1%. Teman menjadi pilihan remaja sebagai sumber informasi tentang pubertas karena remaja berasal dari kelompoknya sehingga remaja merasa memiliki kesamaan dalam pengalaman, sikap, dan tujuan tentang pubertas. Sumber informasi remaja mengenai kesehatan reproduksi di RW 03, RW 04 dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya yang pertama dari guru sebesar 47,6%. Guru menjadi pilihan pertama karena remaja mendapatkan informasi tentang pubertas tersebut sewaktu di kelas biologi atau sains serta bimbingan konseling di sekolah. Sumber informasi kedua yang dipilih remaja tentang kesehatan reproduksi dari teman sebesar 30,2% sedangkan yang paling disukai oleh remaja adalah juga teman sebesar 42,9%. Teman menjadi pilihan remaja sebagai sumber informasi tentang kesehatan reproduksi karena remaja berasal dari kelompoknya sehingga remaja merasa memiliki kesamaan dalam pengalaman, sikap, dan tujuan tentang kesehatan reproduksi.

Prosentase Berdasarkan Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Remaja yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan terkait dengan masalah kesehatan reproduksi di RW 03, RW 04 dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya sebesar 17,5% dengan frekuensi kunjungan antar 4-6 kali dalam setahun sebesar 15,8%. Tempat pelayanan kesehatan yang diakses oleh remaja terkait dengan kesehatan reproduksi adalah Puskesmas sebesar 9,5% dengan alasan kunjungan terbanyak karena alasan kontrasepsi dan penyakit menular seksual

sebesar 9,5%. Fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dapat digunakan oleh remaja untuk mendapatkan informasi dan melakukan pemeriksaan kesehatan reproduksi secara baik dan benar sehingga deteksi dini terhadap permasalahan dapat dilakukan oleh Puskesmas.

Prosentase Berdasarkan Pola Komunikasi Keluarga

Pola komunikasi keluarga terkait kesehatan reproduksi remaja di RW 03, RW 04, dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya menunjukkan kemudahan remaja mendiskusikan masalah dengan ayah terbanyak kadang-kadang sebesar 36,5% dan frekuensi remaja mendiskusikan kesehatan reproduksi dengan ayah terbanyak tidak pernah sebesar 65,1%. Kemudahan remaja mendiskusikan masalah dengan ibu terbanyak kadang-kadang sebesar 36,5% dan frekuensi remaja mendiskusikan kesehatan reproduksi dengan ibu terbanyak kadang-kadang juga sebesar 38,1%. Pola komunikasi yang terbuka dan dua arah didalam keluarga akan dapat membantu penyampaian informasi yang baik dari orang tua kepada remaja dalam penjelasan masalah kesehatan reproduksi.

Prosentase Berdasarkan Kebiasaan Dan Gaya Hidup, Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Dan Perilaku Seksual

Hasil pengkajian di Kelurahan Ratu Jaya, Kecamatan pancoran Mas Kota Depok tahun 2009 khususnya di RW 03, RW 04, dan RW 09 didapatkan data tentang kebiasaan dan gaya hidup remaja, pengetahuan kesehatan reproduksi dan perilaku seksual remaja. Frekuensi remaja pergi ke pesta remaja dalam sebulan 20,6%. Frekuensi remaja dalam menonton film di bioskop dalam sebulan 25,4%. Gaya hidup remaja akan menentukan kehidupan remaja dalam pergaulan diluar rumah terkait dalam kebebasan remaja dalam menjalin hubungan dengan teman sebayanya. Remaja yang mengkonsumsi alkohol terbanyak 1-5 kali

dalam sebulan 11,1%, remaja yang merokok 1-5 batang dalam seminggu 7,9%, dan remaja yang sudah mengkonsumsi narkoba 3,2%. Perilaku sexual remaja di RW 03, RW 04, dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya. Perilaku sexual remaja menunjukkan dari cuma berpacaran dengan pegangan sebesar 36,5%, kemudian berpacaran dengan berpelukan tangan diluar dan didalam baju sebesar 27% dan berciuman bibir sebesar 7,9% sampai yang melakukan hubungan badan atau coitus sebesar 3,2%. Perilaku onani remaja laki-laki di RW 03, RW 04, dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya sebesar 27% dan perilaku masturbasi remaja perempuan sebesar 28,6%. Perilaku seksual remaja merupakan suatu bentuk aktivitas remaja dalam memenuhi kebutuhan seksual dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

Pembinaan dilakukan pada 10 keluarga di wilayah RW 03 dan RW 09 Kelurahan Ratu Jaya yang meliputi 2 keluarga di RW 03 dan 8 keluarga di RW 09. Hasil pengkajian pada keluarga yang kemudian dirumuskan kedalam suatu diagnosis keperawatan keluarga ditemukan beberapa permasalahan atau diagnosis keperawatan keluarga dengan anak remaja.

Diagnosis keperawatan keluarga yang ditemukan pada keluarga dengan masalah atau berisiko terhadap masalah kesehatan reproduksi antara lain: 1) pola kebutuhan seksual tidak efektif pada keluarga X khususnya remaja Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi; 2) pola asuh tidak efektif pada keluarga X khususnya remaja Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan anak remaja; 3) pola koping tidak efektif pada keluarga X khususnya remaja Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dalam perkembangan remaja; dan 4) harga diri rendah pada

keluarga X khususnya remaja Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan perkembangan remaja. Keempat diagnosis keperawatan keluarga tersebut adalah diagnosis keperawatan keluarga yang muncul pada remaja terkait dengan kesehatan reproduksi dan tumbuh kembang remaja sebagai bagian dalam suatu sistem keluarga. Selain keempat diagnosis keperawatan keluarga tersebut muncul beberapa diagnosa keperawatan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga yang lain selain masalah remaja dengan kesehatan reproduksi. Fokus permasalahan yang dibahas peneliti adalah masalah keluarga dengan remaja yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan perkembangan remaja.

Pembahasan

Pola kebutuhan seksual tidak efektif pada remaja merupakan suatu keadaan dalam mengekspresikan keprihatinan penghargaan seksualitas (NANDA, 2002). Pada masalah ini remaja mengalami kesulitan, keterbatasan atau perubahan dalam aktivitas atau perilaku atau kebiasaan seksual terhadap perubahan dan adaptasi pertumbuhan perkembangan seksualnya termasuk masalah kesehatan reproduksi. Permasalahan ini dialami pada 10 keluarga binaan yang dibina peneliti selama 4 bulan di Kelurahan Ratu Jaya. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola kebutuhan seksual tidak efektif pada remaja adalah: 1) pengenalan mengenai kesehatan reproduksi dan tumbuh kembang remaja; 2) pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja; 3) pengelolaan kebersihan dan higienitas organ reproduksi; 4) pola perilaku kesehatan reproduksi yang baik dengan penolakan ajakan seksualitas yang asertif; 5) pelibatan kelompok sebaya yang sehat dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi remaja; dan 6) pemanfaatan akses pelayanan kesehatan

dalam pemenuhan kebutuhan perkembangan dan kesehatan reproduksi remaja.

Pola asuh tidak efektif pada keluarga khususnya remaja merupakan ketidakmampuan keluarga atau orang tua sebagai pemberi perawatan utama, untuk menciptakan, memelihara atau mendapatkan kembali lingkungan yang meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak remaja yang optimal (NANDA, 2002). Permasalahan ini dialami oleh 6 keluarga yang dibina mahasiswa selama 4 bulan di Kelurahan Ratu Jaya. Intervensi keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi masalah ini antara lain: 1) pengenalan pola asuh dan ciri-ciri perkembangan keluarga dengan remaja; 2) diskusi tentang akibat ketidakterpenuhannya perkembangan remaja; 3) pengajaran pola asuh dan pola komunikasi yang efektif dengan remaja; 4) penyusunan jadwal aktivitas kegiatan remaja; 5) penggunaan pusat konseling dalam pengasuhan remaja di keluarga.

Pola koping tidak efektif pada keluarga khususnya remaja merupakan tingkah laku dari orang terdekat (anggota keluarga atau orang terdekat) yang memperlihatkan perilaku destruktif dalam berespons terhadap ketidakmampuan untuk menangani stresor-stresor internal atau eksternal karena sumber-sumber yang tidak adekuat baik fisik, psikologis, atau kognitif (NANDA, 2002). Keadaan ini biasanya muncul ketika orang yang memberikan dukungan utama (anggota keluarga atau teman dekat), memberikan bantuan, dukungan kenyamanan yang tidak mencukupi, tidak efektif, atau melemah, atau memberikan dorongan yang tidak mencukupi yang mungkin diperlukan oleh klien untuk mengatur atau menguasai tugas-tugas yang berhubungan dengan tantangan kesehatan. Masalah ini muncul pada 2 keluarga yang dibina oleh mahasiswa selama 4 bulan di Kelurahan Ratu Jaya. Intervensi keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi masalah ini adalah: 1) pengenalan

pola koping yang efektif dalam keluarga; 2) diskusi akibat pola koping yang tidak efektif dalam keluarga; 3) konseling dalam pembentukan dan penguatan koping yang efektif; 4) analisis situasi dan keadaan lingkungan yang mempengaruhi koping keluarga; 5) pemanfaatan sarana konseling kesehatan keluarga dalam penguatan koping keluarga.

Harga diri rendah pada remaja di keluarga merupakan berkembangnya persepsi negatif remaja terhadap harga dirinya yang berespons untuk situasi sekarang ini (penentuan) terkait dengan perkembangan remaja dalam pencarian identitas dirinya (NANDA, 2002). Masalah ini dialami oleh 2 keluarga yang dibina mahasiswa selama 4 bulan di kelurahan Ratu Jaya. Intervensi yang telah dilakukan antara lain: 1) pengenalan dan identifikasi harga diri remaja; 2) diskusi akibat harga diri rendah pada remaja; 3) *coaching* pengembangan tanggung jawab remaja dan konseling peningkatan kepercayaan diri remaja; 4) sosialisasi remaja dalam lingkungan keluarga dan masyarakat; dan 5) penggunaan kelompok dan organisasi sosial di masyarakat dalam aspirasi kegiatan remaja.

Implementasi keperawatan dalam bentuk aktivitas atau terapi keperawatan untuk mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi dan perkembangan remaja di keluarga diutamakan pada tehnik pemberian pendidikan kesehatan (KIE: komunikasi, informasi dan edukasi), *coaching* dan *conseling* dalam pengembangan dan ketrampilan hidup remaja (tanggung jawab, kepercayaan diri, dan penolakan ajakan pergaulan bebas secara asertif), dan pengembangan ketrampilan orang tua dalam berkomunikasi secara efektif dengan remaja. Hasil yang diperoleh meliputi 10 keluarga melaporkan bahwa terjadi kedisiplinan remaja, kegiatan di luar rumah mulai berkurang, keluarga dan orang tua mulai terjadi komunikasi, remaja terbuka tentang ketertarikan dengan lawan jenis dan menceritakan hal tersebut ke orang tua.

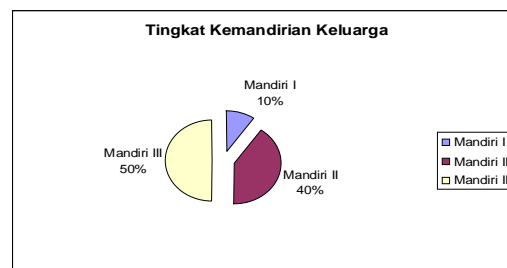
Tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi remaja dikaitkan dengan 5 tugas keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga. Kelima tugas tersebut diukur melalui 7 aspek dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga, yaitu: 1) pengetahuan keluarga tentang kesehatan reproduksi; 2) *coaching* dalam pengembangan tanggung jawab dan penolakan ajakan perilaku pergaulan bebas secara asertif; 3) konseling tentang kepercayaan diri remaja; 4) pola komunikasi yang efektif antara orang tua dengan remaja; 5) perubahan perilaku remaja terkait dengan kedisiplinan diri; 6) keputusan keluarga dalam mengambil tindakan dalam permasalahan remaja; dan 7) penggunaan sarana pelayanan di masyarakat oleh keluarga untuk mengatasi masalah remaja. Pencapaian ketujuh hal tersebut diukur pada 10 keluarga binaan pada akhir pembinaan keluarga. Hasil penilaian tujuh aspek tersebut dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja

| No | Keluarga Binaan | Tingkat Kemandirian | Skor Pencapaian |
|----|-----------------|---------------------|-----------------|
| 1 | Bapak U | II | 75 |
| 2 | Bapak G | III | 95 |
| 3 | Bapak S | III | 95 |
| 4 | Bapak N | III | 82,5 |
| 5 | Bapak K | II | 72,5 |
| 6 | Bapak M | III | 92,5 |
| 7 | Bapak Z | II | 69,5 |
| 8 | Bapak AS | III | 82,5 |
| 9 | Bapak J | I | 65 |
| 10 | Ibu Y | II | 77,5 |

Keluarga binaan yang mendapatkan skor pencapaian tersebut kemudian dilakukan pengelompokan berdasarkan tingkat kemandirian keluarga, yaitu: keluarga mandiri I (skor pencapaian total kurang dari 65), keluarga mandiri II (skor pencapaian total antara 65 – 80), dan keluarga mandiri III (skor pencapaian total lebih dari 80). Penjabaran penilaian keluarga dalam pencapaian tingkat

kemandirian keluarga dapat secara rinci dilihat pada tabel 2. Hasil kemandirian keluarga dari 10 keluarga binaan dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Tingkat kemandirian keluarga binaan

Tabel 2. Tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja

| Tugas Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan | Sub Item Tugas Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan | Bobot | Penampilan | | | Pencapaian Total |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| | | | Tidak Ditampilkan = 0 | Ditampilkan tapi tidak sempurna = 1 | Ditampilkan dengan sempurna = 2 | |
| Mengenai masalah | Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja | 20 | | | | |
| | Pengetahuan tentang tumbuh kembang remaja | | | | | |
| Mengambil keputusan | Mengetahui akibat tidak terpenuhi kesehatan reproduksi remaja | 10 | | | | |
| | Mengetahui akibat tidak terpenuhinya tumbuh kembang remaja | | | | | |
| Merawat anggota keluarga | Kebersihan dan higienitas organ reproduksi remaja | 30 | | | | |
| | Peningkatan kepercayaan diri remaja | | | | | |
| Memodifikasi lingkungan | Pola komunikasi yang efektif antara orang tua dan remaja | | | | | |
| | Pengembangan tanggung jawab remaja | 20 | | | | |
| | Pengembangan penolakan ajakan pergaulan bebas secara asertif | | | | | |
| | Perubahan perilaku kedisiplinan remaja melalui jadwal aktifitas | | | | | |
| Memanfaatkan pelayanan kesehatan | Keterlibatan remaja dalam peer group kesehatan remaja | | | | | |
| | Menggunakan sarana pelayanan kesehatan untuk konseling dan pemeriksaan kesehatan reproduksi remaja | 20 | | | | |
| | Penggunaan sarana konseling remaja di sekolah dan LSM | | | | | |
| Total | | | | | | |

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada asuhan keperawatan keluarga, keluarga dibina selama 4 bulan dengan kunjungan 8 kali setiap keluarga. Khusus masalah pengetahuan keluarga tentang kesehatan reproduksi (TUK 1 asuhan

keperawatan keluarga) dapat diatasi selama 2-3 kali kunjungan rumah. Model *community as partner* dan *family center nursing* sangat sesuai diterapkan dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi pada keluarga dengan anak remaja di wilayah Kelurahan Ratu Jaya Kota Depok karena memberikan panduan

bagi tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian secara holistik dan menyeluruh bukan hanya aspek pengetahuan, persepsi dan kemampuan remaja dan keluarga terkait masalah kesehatan yang dialami, tetapi juga meliputi seluruh aspek termasuk lingkungan, transportasi, ekonomi, sosial, rekreasi dan pemerintahan sebagai faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Hal ini dikarenakan adanya proses pengkajian hingga evaluasi yang secara menyeluruh hingga mencakup seluruh sistem kesehatan yang ada.

Perlunya kerjasama antara remaja, keluarga, tokoh masyarakat, dan puskesmas dalam membina masalah remaja. kerja sama ini dapat disusun dan diaspirasikan kedalam suatu aktivitas kegiatan yang disusun oleh remaja dan disetujui dan diketahui oleh keluarga dan masyarakat. Kegiatan yang dilakukan bisa berbentuk aktivitas keagamaan, keolahragaan taupun kegiatan sosial sehingga remaja dapat mengekspresikan kreasi dan masalahnya melalui kelompok tersebut.

Perlunya kerjasama antar pihak kelurahan dan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Kegiatan dapat dimulai dengan pembentukan klinik konseling remaja di puskesmas. Setelah pusat kesehatan remaja di puskesmas terbentuk kemudian dapat dibentuk pelayanan klinik berorientasi remaja (*youth oriented clinic services*), Klinik berbasis sekolah (*school based clinic*), ataupun program penjangkauan berbasis masyarakat (*community based outreach program*).

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, E., & Mc Farlane, J. 2004. *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dehne, K.L., Riedner, G. 2006. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) WHO.
- Husni, F. 2005. Isu Kespro dalam Pilkada. <http://www.suaramerdeka.com>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2007.
- Kamaruzzaman, U. (2004). Pendidikan Kespro Yang Diinginkan Remaja. <http://www.yahoo.com>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2007.
- NANDA. 2002. *Nursing Diagnoses NANDA: Definition and Clasification 2001-2002*.
- Sudardjat, I.A. 2002. Hak Remaja Atas Kesehatan Reproduksi. <http://www.situs.kesrepro.info.com>. Diakses pada 12 Januari 2007.
- WHO. 2006. *Promoting and Safeguarding The Sexual and Reproductive Health of Adolescents*. <http://www.who.int/child-adolescent-health>. Diakses pada tanggal 10 September 2009.
- Wibowo, A. 2006. *Permasalahan Reproduksi Remaja dan Alternatif Jalan Keluarnya*. <http://www.hqweb01.bkkbn.go.id>. Diakses pada diakses 12 Januari 2007.